

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean HUARD

Né à Rouen, le 5 janvier 1885

Ancien Externe des Hôpitaux

LE PRONOSTIC

DE LA

TYPHO-BACILLOSE

Président : M. HUTINEL, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie} Editeurs

15, Rue Racine, 15

1910

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

428

Année 1910

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

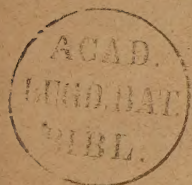
Jean HUARD

Né à Rouen, le 5 janvier 1885
Ancien Externe des Hôpitaux

LE PRONOSTIC

DE LA

TYPHO-BACILLOSE



Président : M. HUTINEL, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie} Editeurs

15, Rue Racine, 15

1910

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	GILBERT
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	CHAUFFARD
	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale.	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LARBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

*Je dédie cette thèse, hommage
de gratitude et de filiale
reconnaissance.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON ÉMINENT MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR CLAISSE

Médecin de l'Hôpital de la Pitié.

*Qui a inspiré cette thèse et
dont les conseils et les
leçons m'ont été si pré-
cieux.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur de Clinique médicale infantile.

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

A M. LE PROFESSEUR LANDOUZY

Doyen de la Faculté de Médecine de Paris

A MES MAÎTRES DE PARIS

MM. CLAISSE, PIERRE DUVAL,
DOLÉRIS, MARION

A MES MAÎTRES DE ROUEN

MM. BRUNON, PETITCLERC,
FRANÇOIS HUE, BATAILLE,
JEANNE, HALIPRÉ, LONGUET, NÉE

LE PRONOSTIC DE LA TYPHO-BACILLOSE

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

La typhobacillose est une tuberculose aiguë qui surprend les individus semblant indemnes de tuberculose et simule en tous points une fièvre typhoïde dont elle a presque tous les symptômes. C'est une infection tuberculeuse sans néoformation granuleuse ; due soit à un ensemencement très peu abondant, soit à la qualité du germe ensemencé, soit sans doute à une certaine immunité du sujet. Le professeur Landouzy l'a appelé successivement « fièvre bacillaire pré-tuberculeuse, sep-

ticémie bacillaire tuberculeuse, typhobacillose.

Quelques observations nous donneront une idée de ce type clinique :

OBSERVATION I. — (Prof. Landouzy. — Leçon résumée dans le *Praticien* de 1885). — « Il y a deux ans arrivait dans la salle Sainte-Anne une femme de chambre de vingt-quatre ans avec l'aspect d'une fièvre continue commençante : subdelirium, prostration, fuliginosités de la bouche, langue sèche, ballonnement abdominal, un peu de diarrhée. Il est vrai qu'on ne trouvait pas la moindre tache rosée lenticulaire, mais le mal en était encore au début. Je ne crus pas devoir me prononcer immédiatement comme diagnostic entre la fièvre typhoïde et la fièvre infectieuse tuberculeuse aiguë. De plus la température oscillait de 40°5 le soir à 38 degrés le matin. M. Leudé qui assistait à la visite partageait mes réserves.

Les taches n'apparaissent pas, j'opinais surtout dès le lendemain pour la fièvre tuberculeuse, lorsque deux jours après je constatai une paralysie faciale inférieure gauche.

Dès lors le mal s'était localisé sur le cerveau et le pronostic me paraissait fatal. Quarante-huit heures plus tard, la malade avait succombé et à l'autopsie nous trouvions trois granulations tuberculeuses sur la sylvienne du côté droit, une rate diffluente, rien du côté de l'intestin, enfin trois ou quatre granulations au sommet du poumon droit ; donc fièvre infectieuse tuberculeuse et mort par infection, comme on meurt dans la fièvre puerpérale, dans la scarlatine, etc.

OBSERVATION II. — Le second cas que je vous rapporterai est celui d'une jeune fille de dix-huit ans, entrée avec le diagnostic, porté par un médecin de la ville, de fièvre continue. Les taches rosées firent complètement défaut et, cinq jours après son entrée, la malade succombait aussi. A l'autopsie : rate grosse, un peu d'entérite, pas de lésions typhoïdiques, cinq granulations tuberculeuses au sommet du poumon droit et rien de plus que les caractères d'une infection générale. La malade était morte *typhique tuberculeuse et non typhoïdique*.

OBSERVATION III. — Enfin, troisième fait, je vous citerai celui du n° 1 de la salle Saint-Charles, garçon de dix-huit ans, entré avec toutes les apparences du delirium tremens, de sorte qu'on pouvait se demander de prime abord s'il ne s'agissait pas de quelque manifestation de l'alcoolisme plutôt que de quelque fièvre typhoïde ou de tuberculose aiguë. Examen de la poitrine, rien ; examen du rein, rien ; pas de taches rosées, et le malade mourait six jours plus tard avec tout l'aspect d'un individu atteint de fièvre continue, moins les taches, taches sur lesquelles j'insiste toujours, car elles sont d'une importance de premier ordre. J'ajoute que ce garçon présentait des oscillations thermiques beaucoup plus grandes que celles qu'on observe d'habitude dans le premier septenaire de la fièvre typhoïde. Il s'agissait d'une infection tuberculeuse, d'une manifestation aiguë de tuberculose venue s'enter sur un ancien petit foyer caséux au sommet du poumon droit. »

Nous voyons donc qu'à première vue, la ressemblance est frappante avec la fièvre typhoïde

éberthienne et l'on comprend aisément comment ces deux états ont été si longtemps et sont encore si souvent confondus. Le malade sort ou meurt de son infection bacillaire, « avant que celle-ci eût poussé assez loin pour qu'à la période d'invasion succédât la période d'éruption ; pour que la germination tuberculeuse se faisant, se formassent des granulations tuberculeuses ».

« On admet aujourd'hui, en effet, que le bacille de Koch ne crée pas forcément le tubercule, qu'il ne se concentre pas forcément en foyers, qu'il est capable de se diffuser dans l'organisme, d'y créer des lésions non folliculaires, d'y provoquer une réaction générale, souvent comparable à la fièvre typhoïde, méritant dès lors le nom de typho-bacillose » (1).

Cette tuberculose, à forme typhoïde, dont le nom est relativement nouveau, n'a pas absolument échappé aux cliniciens du siècle dernier.

« En 1873, un médecin de Toulouse, Bonne-maison, parlant « de ces phtisies à début larvé qu'il importe de reconnaître sous leur masque d'emprunt », citait des observations curieuses entre autres celle d'un malade qui, « atteint une première fois de ce qu'on a appelé une fièvre catarrhale ou muqueuse, ce bouc émissaire de beaucoup d'erreurs pathologiques », revenait à l'hôpital avec une fièvre dont les allures, d'appar-

1. M. Claisse, *La clinique*, 20 mai 1910.

rence typhoïde, avaient quelque chose de peurasurant », et il disait à ce propos : « Une tuberculose pulmonaire germe sous cette fièvre d'emprunt, bientôt elle éclatera ». Il citait des faits pareils, observés par Leudet, Hérard et Cornil, Pidoux, et connus, disait-il, de tous les cliniciens. Rilliez et Barthez étaient des observateurs trop clairvoyants pour méconnaître ces faits. « Le début de la tuberculisation, disaient-ils, peut être fébrile simple ou fébrile typhoïde et, dans ces cas, il n'annonce pas toujours que la tuberculisation devra être généralisée » (1).

En 1882, M. le professeur Landouzy individualisait la typho-bacillose. Dans plusieurs de ses cliniques de la Charité, 1884-1885, il insistait de nouveau sur cette forme de la tuberculose et en citait de nombreuses observations et il montrait déjà que « dans cette fièvre tuberculeuse aiguë, le malade est un typhique par son masque, sa prostration ; l'absence de localisation ne permet pas de faire un diagnostic certain ; les poumons ne disent rien, les centres nerveux peu de chose, si bien que le malade succombant, on se demande s'il est mort de granulie ou de fièvre typhoïde, tandis que l'autopsie vient dévoiler les caractères infectieux du mal dans la rate, le poumon, l'intestin, et dans ce dernier, cependant, aucune trace de fièvre typhoïde. Mais, poursuivez avec soin la

1. Professeur Hutinel, *Revue de la tuberculose*, janvier, 1910.

nécropsie et vous découvrirez au sommet du poumon 3, 4, 5, 6 très fines granulations tuberculeuses indéniables, peut-être aussi dans le rein et dans l'encéphale, et vous reconnaîtrez alors qu'il s'agit d'une certaine forme de granulie avec phénomènes typhiques sans lésions typhoïdiques, c'est-à-dire d'une fièvre infectieuse tuberculeuse aiguë.

Ces cas ne sont pas exceptionnels et, s'ils ne sont pas aussi répandus dans la science qu'ils devraient l'être, c'est que la signature du mal est petite, partant, le diagnostic difficile (1).

Ces malades sont donc mis à mal par un typhus qui, pour emprunter à la dothiéntérie, son appareil symptomatique, n'est pas la fièvre typhoïde, ce sont de faux dothiéntériques, démasqués par l'anatomie pathologique.

De 1882 à 1891, le professeur Landouzy a consacré plusieurs cliniques à cette question, il décrivait les principales formes cliniques de la typho-bacillose ; il en fixait le diagnostic, il montrait ses différences d'évolution et insistait sur l'évolution habituelle en deux temps, phase aiguë et phase chronique, séparées par une rémission plus ou moins longue. Il précisait la place de la typho-bacillose parmi les tuberculoses aiguës, la séparant de la granulie d'Empis, cliniquement si polymorphe et toujours mortelle, anatomiquement caractérisée par une éruption généralisée et conflente de granulations.

* 1. Professeur Landouzy, *Gazette des Hôpitaux*, 1886.

Dans les expériences de Yersin (1888), il voyait la reproduction expérimentale du type qu'il avait individualisé chez l'homme ; il en indiquait la pathogénie : septicémie bacillaire généralisée tuant le malade par toxémie et non par localisation de tubercules ou de granulations.

(1) « Voici vingt-six ans que dans ses Cliniques de la Charité, le professeur Landouzy a créé le mot et expliqué la chose, mais ce n'est que depuis peu d'années que sa doctrine est universellement admise.

Elle a trouvé contre elle de nombreux adversaires : d'abord toute la masse des néophobes, qui n'aiment pas à changer leurs habitudes et qui n'admettaient pas qu'on pût ajouter quelque chose à l'œuvre de Laënnec.

C'était aussi la race des tuberculophobes, race encore prospère aujourd'hui, qui, par crainte d'effrayer le malade ou son entourage, évite soigneusement de parler de tuberculose. J'ai eu déjà l'occasion de vous montrer ce que cette mentalité a de dangereux, de vous prouver que, si elle était admissible à une époque où la tuberculose était connue seulement dans ses formes ulcéreuses à évolution fatale, elle est inexcusable à l'heure actuelle où l'on connaît des bacilloses éminemment curables, où l'on sait les dépister plus tôt et les traiter dans de bonnes conditions de succès.

1. D^r Claisse, *La Clinique*, 20 mai 1910.

L'opposition la plus respectable, la plus scientifique fut celle de ceux qui, tout en faisant état de la doctrine de Landouzy, demandaient un supplément de preuves. Au début, on ne pouvait étayer cette doctrine que sur des arguments cliniques, sur un raisonnement. Mais, poursuivant sa démonstration, l'étayant sur des preuves, grâce aux nouvelles acquisitions scientifiques, sur les constatations de séro-diagnostic négatif, sur les résultats positifs de l'hémoculture, le professeur Landouzy est venu peu à peu à bout des dernières résistances et, à l'heure actuelle, l'existence d'une bacilliose aiguë non folliculaire n'est pas discutable.

Les recherches bactériologiques confirmèrent l'individualisation faite par Landouzy grâce à la clinique et à l'anatomie pathologique. Widal et Sicard avec le séro-diagnostic, puis Widal et Lemierre avec l'hémoculture démontrèrent qu'il existait des états typhoïdes qui n'étaient pas éberthiens. »

Enfin des travaux récents complétèrent l'étude des localisations tardives et des indications thérapeutiques (professeurs Landouzy et Gougerot. — Professeur Weill, Barbier et Claisse. — Professeur Hutinel).

CHAPITRE II

ÉTUDE CLINIQUE ET DIAGNOSTIQUE

I. — FRÉQUENCE

La typho-bacillose n'épargne aucun âge, elle atteint les enfants et les adultes, les hommes autant que les femmes. C'est principalement dans les services d'enfants qu'on l'observe. L'enfant qui généralise volontiers sa tuberculose sous forme de granulie, fait, avec non moins de facilité, de la typho-bacillose.

Elle est assez fréquente pour que le professeur Landouzy ait pu en observer, personnellement, plus de 200 cas.

« Ces cas ne sont pas, disait-il dans sa clinique de 1885, exceptionnels et s'ils ne sont pas aussi répandus dans la science qu'ils devraient l'être, c'est que la signature du mal est petite, partant le diagnostic difficile. » — « On la méconnaît encore, ajoutait-il, parce que quelques-unes de ces fièvres typhoïdes anormales sont suivies de guérison tout

au moins momentanée... et une granulie n'a pas le droit de sortir guérie... De pareils faits ne sont pas rares. On les rencontre surtout en ville en ce sens qu'il est plus facile de suivre les malades après leur maladie qu'à l'hôpital dont ils peuvent sortir en apparence guéris, et comme il est de règle de dire : granulie = mort, fièvre typhoïde = guérison possible, on en arrive à raisonner ainsi : puisque cet homme est sorti de l'hôpital guéri, il ne saurait être question de granulie, mais bien de fièvre typhoïde. »

II. — SYMPTOMATOLOGIE

L'observation suivante donne une idée des principaux symptômes et de l'évolution de la maladie.

OBSERVATION IV (Service du Dr Widal. Communiquée par M. Gougerot.). — D..., âgé de vingt-cinq ans, mécanicien, entre le 5 mars 1907, salle Lasègue, n° 18, service du Dr Widal.

Il n'a jamais été malade, tout le monde dans sa famille est bien portant, son service militaire s'est passé sans encombre.

Depuis la fin de février, il se sentait fatigué et affirme avoir maigri, il dort mal la nuit du vendredi au samedi 2 mars ; le matin du 2 mars il est pris de céphalée, de frissonnements accompagnés de vomissements et suivis de sueurs abondantes.

Dans la journée, il a de la diarrhée jaune.

On pourrait croire à un début brusque fébrile de dothiéntérie avec vague phase prodromique.

Le dimanche 3, il reste couché, la nuit a été mauvaise; la céphalée, l'anorexie, la diarrhée persistent.

Il entre le mardi 5 dans le service. A son entrée, le malade est abattu, très fatigué, quoique répondant bien aux questions; son facies est celui d'un typhique; pâle, inerte, stupéfié. La température est à 39°7.

La langue est saburrale, humide. L'abdomen est un peu ballonné, légèrement douloureux surtout dans la fosse iliaque droite où il existe un gargouillement manifeste. La rate se perçoit sur trois travers de doigt, le foie est un peu augmenté de volume; la diarrhée a diminué, il n'y a pas de taches rosées, mais quelques petites vésicules rouges péripilaires (sorte d'éruption sudorale discrète) qui n'ont rien de commun avec les taches rosées.

A l'auscultation, le sommet droit paraît suspect, submat avec rudesse expiratoire. Aux deux bases en arrière on entend quelques râles sibilants; la respiration est diminuée à la base droite qui est submate, mais sans aucun signe adventice. Le cœur est normal, le pouls à 96 est dicrote. Les urines diminuées de volume ne contiennent ni sucre, ni albumine; il n'y a pas de diazo-réaction.

Le diagnostic de dothiéntérie semble s'imposer. On cherche à le vérifier par les épreuves de laboratoire. Le séro-diagnostic est négatif le 7 mars, le 10 mars, le 26 mars, le 15 avril, aussi bien avec le bacille d'Eberth qu'avec les paratyphiques A et B, l'ensemencement du sang répété le 9 et le 14 mars est chaque fois négatif. La diazo-réaction n'est positive que pendant trois jours le 8-9-10 mars et à taux faible (R μ).

Toutes ces méthodes rejettent donc la dothiéntérie et on diagnostique typhobacillose de Lândouzy.

Jusqu'au 17 mars l'examen le plus minutieux ne révèle rien de plus. L'état typhoïde persiste sans s'affaiblir. Le 17 la submatité de la base devient matité, le murmure s'affaiblit. Le 18 au matin la température est à 39 degrés le pouls à 100, la respiration à 23. On découvre à la base du poumon droit les signes d'un *petit épanchement*. La ponction épuise l'épanchement et retire 200 grammes de liquide citrin *séro-fibrineux*. La formule cytologique est lymphocitique. On ensemence deux tubes de Vittes ; résultat douteux ; on inocule à deux cobayes 20 et 30 centimètres cubes de liquide dans le péritoine, ils deviennent tuberculeux.

L'état typhoïde s'accroît ; la langue est sèche, rôtie, le 20 mars la dyspnée augmente et pourtant l'épanchement ne se reproduit pas. Les signes du sommet droit semblent augmentés, on entend quelques sous-crépitations. Les rares crachats que rend le malade ne contiennent pas de bacilles de Koch. Le 27 mars, inoculation intra-péritonéale à deux cobayes de 10 et 5 centimètres cubes de sang pris dans la veine du coude. Celui des animaux inoculé à 10 centimètres cubes meurt au bout de quelques jours ; l'autre, sacrifié au bout de sept semaines, était tuberculeux.

Cet état typhoïde avec langue rôtie dure jusqu'au 30 mars.

L'amélioration se dessine lentement. L'épanchement qui ne s'est pas reproduit a laissé à la base droite de la submatité et de l'obscurité du murmure respiratoire qui persistent encore à la fin d'avril 1907. Les craquements au sommet droit n'existent plus qu'en arrière le 1^{er} mai 1907.

La convalescence est lente, pénible ; le malade est pâle, amaigri, défait, les traits flasques et l'œil fatigué, couvert de sueurs au moindre effort.

Le malade, revu en juillet, semblait remis quoique encore amaigri ; les signes du sommet persistaient avec quelques craquements ; mais sans rien de plus.

Dans cette observation, nous voyons que le malade présente un état typhoïde avéré ; même prostration, même hébétude que dans la dothiéntérie. En général la fièvre oscille entre 38 et 40 degrés. Le pouls est rapide et dicrote, l'anorexie complète, la langue est sèche, recouverte de fuliginosités qui recouvrent aussi les lèvres et les dents.

La rate est grosse, le ventre ballonné, et si quelquefois on note une constipation invincible, il n'est pas rare de rencontrer une légère diarrhée.

Le malade, rapidement amaigri, a parfois du subdélire, des soubresauts des tendons, et de l'adynamie, toujours une violente céphalée.

La typhobacillose simule la fièvre typhoïde dans ses formes les plus diverses : forme bénignes, état simplement muqueux avec conservation de l'intelligence, typhoïdides, formes prolongées, formes-ataxo-adynamiques.

Le diagnostic de la typho-bacillose à la phase aiguë est très difficile et ne repose que sur des nuances cliniques, on pensera à la typho-bacillose :

1° Quand les taches rosées seront absentes.

Cette règle souffre quelque exception ; mais elles sont rares et M. Landouzy disait : « Dans la typhobacillose, l'absence de taches rosées est tellement la règle que, de parti pris, je tiens pour suspecte de bacillose toute fièvre typhoïde dans laquelle a manqué l'exanthème. » Quand les taches rosées existent, elles apparaissent généralement comme rares, « douteuses », au point de vue de leurs caractères morphologiques et essentiellement fugaces ;

2° L'absence de catarrhe trachéo-bronchique de Jaccoud et de catarrhe intestinal sont en faveur de la typho-bacillose ;

3° On y note également *l'absence des ulcérations palatines de Duguet* et d'angine au début.

On sait que les ulcérations palatines sont presque spécifiques de la fièvre typhoïde ;

4° C'est dans la COURBE THERMIQUE qu'il faut chercher l'un des meilleurs éléments de diagnostic. Après une période de durée valable, où la température se maintient avec de faibles oscillations aux environs de 39, 40 degrés — période correspondant au stade typhoïde proprement dit — de grandes oscillations apparaissent. Elles ne sauraient, en raison de leur durée et de l'état général qui les accompagne, être prises pour les oscillations du stade amphibole de la dothiéntérie.

A cette période la fièvre est peu ou pas ressentie par le malade. « *L'enfant n'est pas incommodé par une température de 40 degrés ; il est souvent*

gai, joue et babille. C'est là un des meilleurs symptômes de la pyrexie bacillaire. Cette température présente une grande instabilité : nous avons pu la faire naître en faisant marcher ou courir le malade (1).

» La fièvre n'atteint pas toujours un haut degré ; dans la bacilliose de la première enfance, la courbe thermique tend vers l'apyrexie, s'élève dans la deuxième enfance et se rapproche de la courbe de l'adulte chez l'adolescent. »

L'altération rapide de l'état général, l'amai-grissement, malgré un appétit souvent conservé et parfois même « glouton » est un des bons symptômes d'imprégnation bacillaire ;

5° Il ne faut pas trop compter, chez l'enfant, sur la dissociation de la température et du pouls, « le pouls y est essentiellement instable dans la dothiéntérie elle-même, et toute pyrexie fait apparaître la tachycardie ;

6° La rate peut être hypertrophiée dans le typho-bacilliose ;

7° Enfin, d'autres symptômes de moindre valeur : la rareté de l'albuminurie et son faible taux. Une durée prolongée injustifiée ; la conservation relative de l'appétit ;

8° Des signes de probabilité seront : les antécédents bacillaires frustes du malade, la constata-

1. Weill. *Presse médicale*, 27 novembre 1905.

tion d'un sommet suspect, d'adénopathies chroniques axillaires (cas de Lemierre et Gougerot), le souvenir d'une ou plusieurs typhoïdes antérieures. Le professeur Landouzy suspecte fort les typhoïdes à répétition d'être des typhobacillooses méconnues.

Enfin certaines localisations en pleine période aiguë faciliteront singulièrement le diagnostic : localisation méningée (paralysie faciale gauche inférieure dans un cas de Landouzy), épanchement pleural lymphocytaire.

A la convalescence, le rétablissement incomplet du malade devra éveiller l'attention, une localisation tuberculeuse commençante ne justifiera que trop cette appréhension.

Lors d'une localisation tuberculeuse, plusieurs semaines après la période aiguë, on pourra faire un diagnostic rétrospectif, cette évolution en deux temps en étant le meilleur indice.

Ce diagnostic clinique devra toujours être contrôlé par les méthodes de laboratoire qui, seules, donneront la certitude complète.

M. Gougerot a montré tout le parti qu'on pouvait en tirer pendant la période d'état. Certains de ces procédés, sans donner la certitude de la typhobacilliose, feront pressentir un foyer tuberculeux au moins latent : diverses épreuves par la tuberculine (ophtalmo-réaction, cuti-réaction, intradermo-réaction, etc.) ; les injections de sérum

artificiel (Hutinel), la séro-réaction de MM. Arloing et Courmont, etc.

Le séro-diagnostic de Widal, négatif dans beaucoup de cas, nous permet d'éliminer nettement le rôle de l'Eberth, l'absence d'agglutination paratyphique nous fait rejeter le diagnostic de paratyphoïde. Ces recherches joueront donc un rôle éliminatoire. Ce n'est qu'après leur réponse négative que les méthodes permettant d'arriver à la certitude seront employées. On pourra, suivant le conseil de Gougerot, inoculer le culot des urines du malade à un cobaye, mais il sera préférable et plus rapide de faire la recherche du bacille de Koch dans le sang, soit en inoculant 5 centimètres cubes de sang dans le péritoine du cobaye (Gougerot), soit en cherchant à constater directement sa présence dans le sang circulant. L'inoscopie de Jousset peut être considérée comme une des méthodes les plus sûres. On pourra employer aussi une méthode préconisée par M. Lesieur et par nous-même : *la recherche du bacille de Koch dans le sang par le procédé de la sangsue* (1). La technique en est simple. Après nettoyage de la peau, on applique trois ou quatre grosses sangsues vierges, lavées, en un point du tégument. Au bout de trente à quarante minutes, les sangsues, gor-

1. Weill, Lesieur et Mouriquand, Recherche du bacille de Koch dans le sang de l'enfant par le procédé de la sangsue. (*Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, novembre 1906, n° 6, p. 1071).

gées de sang, se détachent d'elles-mêmes, on exprime immédiatement le sang ingéré dans un tube centrifugeur. Le sang est incoagulable (pas de coagulation au bout de quarante-huit heures). On centrifuge et on étale le culot sur des lames, après dessiccation et fixation à la flamme, on colore avec Ziehl-Hauser. Par ce procédé, nous avons pu, dans 2 cas d'infection tuberculeuse aiguë, à localisation méningée tardive, déceler la présence du bacille de Koch dans le sang (1). »

« Nous verrons, en somme, que le diagnostic de typhobacillose est rarement le diagnostic brillant qui s'improvise au lit du malade. C'est un diagnostic laborieux ; il se fait lentement par accumulation d'arguments expérimentaux (séro-réactions négatives, hémoculture négative) et cliniques (anomalies thermiques, intégrité paradoxale des grands appareils) et s'appuie parfois sur l'existence de tares spécifiques. Quelquefois même la preuve vient après coup : même alors elle n'est point négligeable, puisqu'elle donne plus d'autorité au pronostic et aux indications thérapeutiques (2). »

1. Pr Weill.

2. M. Claisse, *La Clinique*, 20 mai 1910.

CHAPITRE III

PRONOSTIC. — LOCALISATIONS TARDIVES DE LA TYPHO-BACILLOSE

Le pronostic doit être envisagé aussi bien pour la phase aiguë que pour l'avenir. « En règle générale, on doit se défendre pour le présent contre le pessimisme, pour l'avenir contre l'optimisme » (M. Claisse).

Le danger *immédiat* est moins grand qu'on ne le pense en général. En face d'une typhobacillose, on porte généralement un pronostic sombre, parce qu'on confond typhobacillose et granulie. Il existe entre elles une différence nettement marquée : tandis que la granulie d'Empis est toujours rapidement mortelle, la typho-bacillose guérit le plus souvent, du moins en temps qu'infection généralisée aiguë. « Depuis vingt-cinq ans que mon attention est attirée sur ce type clinique, dit M. le professeur Landouzy, je n'ai guère vu mourir plus d'une dizaine de typhobacillaires pendant la période de typhisation. »

Mais si le pronostic *immédiat* ne doit pas être

trop sombre, par contre, le pronostic d'AVENIR doit être très réservé.

Dans la plupart des cas, après une fièvre continue accompagnée d'un état typhoïde avéré et qui peut durer depuis quelques jours dans les cas bénins (typhoïdites) jusqu'à trois ou quatre mois dans les cas graves, le malade entre en convalescence.

Mais cette convalescence n'est pas franche, le malade ne reprend pas son entrain, il n'a pas le bel appétit des dothiésentériques convalescents, l'amaigrissement persiste. Au bout de quelques semaines ou de longs mois, apparaissent brusquement ou sourdement des signes d'une localisation tuberculeuse.

Dans quelques cas, la convalescence paraît tout à fait franche et de bon aloi, il n'y a pas de fièvre « on touche à la guérison », et cependant on voit survenir plus ou moins tard une localisation tuberculeuse.

Nous allons suivre l'évolution de la typho-bacilliose chez quelques malades et nous verrons les quatre modes de terminaison :

- 1° Mort en pleine période aiguë ;
- 2° Guérison apparente, puis localisation tuberculeuse ;
- 3° Rarement guérison complète ;
- 4° Quelquefois récidive.

I. — *Terminaison mortelle.* — Mort du huitième

au dix-septième jour de la phase aiguë typhoïde.
Deux cas :

1^o *Mort dans l'adynamie.* — Le malade meurt par toxhémie, par infection, par empoisonnement, comme on meurt dans la fièvre puerpérale, la scarlatine.

Dans ces cas, à l'autopsie on ne trouve que les lésions congestives et dégénératives des grandes septicémies, que de très rares granulations. En voici un exemple :

OBSERVATION V. — (Clinique du professeur Landouzy. — Gougerot. *P. M.*, août 1908). — Une jeune femme de vingt-quatre ans arrive à la Charité avec le diagnostic vraisemblable de fièvre typhoïde au sixième ou huitième jour. De fait, elle avait bien l'air d'une dothiéntérique : subdélire, prostration, fuliginosités des dents, langue sèche, ballonnement abdominal, légère diarrhée. Il est vrai qu'on ne trouvait pas de taches rosées. Mais la maladie était encore au début... La température oscillait entre 40°4 le soir, 38 degrés et quelques dixièmes le matin ; les oscillations thermiques, comme vous le voyez, étaient considérables, le pouls était rapide et dicrote. Le professeur Leudet, qui me faisait l'honneur de suivre ma visite, partageait mes réserves. Les taches rosées n'apparaissant pas, le catarrhe bronchique si habituel au premier septénaire de la fièvre typhoïde ne se montrant pas, les grandes oscillations thermiques continuant, j'opimai délibérément vers la fièvre tuberculeuse à forme typhoïde, lorsque deux jours plus tard je constatai une hémiplegie faciale inférieure gauche. Quarante-huit

heures après, la malade succombait et à l'autopsie nous trouvions : de lésions dothiéntériques point ; une rate grosse, diffluent ; autour de la sylvienne droite, trois granulations tuberculeuses du volume de petites têtes d'épingle ; au sommet du poumon droit, quatre granulations tuberculeuses jeunes, grises, transparentes ; et c'était tout !... Ma malade, en dépit de son air typhoïde, était bel et bien morte de fièvre infectieuse tuberculeuse aiguë, qu'il avait tuée par véritable empoisonnement, par véritable toxémie tuberculeuse, comme on meurt dans la fièvre puerpérale, dans la scarlatine, ou dans la variole sans localisation.

OBSERVATION VI. — (Landouzy, *Gaz. des Hôp.*, 1886). — Le second cas que je vous rapporterai est celui d'une jeune fille de dix-huit ans, entrée avec le diagnostic, porté par un médecin de la ville, de fièvre continue. Les taches rosées firent complètement défaut et, cinq jours après son entrée, la malade succombait aussi. A l'autopsie : rate grosse, un peu d'entérite, pas de lésions typhoïdiques, cinq granulations tuberculeuses au sommet du poumon droit et rien de plus que les caractères d'une infection générale. La malade était morte typhique tuberculeuse et non typhoïdique.

Dans ces cas, à l'autopsie, pas de lésions dothiéntériques : les plaques de Peyer sont indemnes. On ne trouve que les lésions congestives et dégénératives des grandes septicémies, congestion pulmonaire, foie gros et congestionné, rate très augmentée, rein congestionné gros et gras, cœur.

dilaté. On ne note que de très rares agglutinations ;

2° Apparition en pleine période aiguë d'une localisation grave (le plus souvent méningite). Les symptômes de cette localisation tuberculeuse éclatent brusquement au milieu des symptômes de la phase aiguë typho-bacillaire et viennent en précipiter le dénouement.

L'observation I, page 10, en cite un frappant exemple.

EVOLUTION EN DEUX TEMPS

1° *Premier temps ou période aiguë.* — L'individu est bacillisé mais non tuberculeux ; les granulations font souvent défaut ou si elles existent, c'est à l'état de granulome isolé, insuffisant pour créer une symptomatologie locale.

2° *Deuxième temps : rémission.* — Après la phase aiguë, la bacilliose reste latente, des mois, 4, 5 années ; puis elle s'éveille de nouveau. Que se passe-t-il pendant cette période de rémission ; et tout d'abord, étudions la convalescence.

Cette convalescence est souvent pénible et « pour apyrétique que soit le malade, l'appétit n'est pas ce qu'il se montre d'ordinaire dans les convalescences de dothiéntérie franche. La jeune femme mange du bout des lèvres, les forces reviennent lentement, l'appétit languit, le malade garde

petite mine et ne prend pas d'embonpoint » (obs. Landouzy, 1891.)

Tantôt la rémission est courte ou même existe à peine. « Souvent, dit Landouzy, la bacilllose aboutit à la tuberculose pulmonaire dès le début de la convalescence ; on voit alors se démasquer une pleurésie, une bronchite du sommet, des poussées congestives sur le poumon, et ultérieurement l'évolution d'une tuberculose chronique. »

Tantôt et plus souvent la rémission est plus longue. « Les malades rentrent dans le service quelques mois après avec une localisation tuberculeuse dont les signes sont si accusés que le doute n'est plus possible. » Cette *évolution en deux temps* est presque la règle ; et chacun des organes peut être frappé secondairement par la tuberculose, en voici des exemples :

LOCALISATIONS MÉNINGÉES TARDIVES DE LA TYPHOBACILLOSE

OBSERVATION VII. — (Professeur Landouzy et Gougerot, *P. M.*, 22 août 1908). — Nulle observation n'est plus démonstrative que celle d'un enfant de sept ans, fils d'un de nos confrères, que je traitais pour un état muqueux qui, dans ses débuts aussi bien que dans son évolution, se dénonçait comme fièvre typhoïde. Les antécédents de la famille et de l'enfant étaient bons ; le cortège symptomatique (si on excepte que jamais l'enfant ne présenta ni catarrhe ni taches rosées lenticulaires) semblait si bien

celui d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité qu'on avait vraiment mauvaise grâce à établir un diagnostic différentiel au diagnostic si simple, si évident en apparence de fièvre typhoïde ; je faisais pourtant quelques difficultés et quelques objections. Je ne pouvais m'empêcher de laisser voir au père que l'absence de taches rosées me causait un gros ennui. Au quatrième septénaire la fièvre tombait, l'enfant entrait en convalescence ; quelques semaines plus tard (août), parents et convalescent partaient pour la campagne. L'ex-typhique en revenait bien portant, moins gras pourtant que le sont d'ordinaire les enfants qui viennent d'avoir une dothiéntérie. Le commencement de l'hiver se passe sans encombre, puis, un matin, l'enfant est pris de malaisé ; de céphalalgie, de vomissements, de fièvre, de convulsions, quelques jours après il était emporté par une méningite tuberculeuse.

OBSERVATION VIII. — (Professeur Landouzy). — Un enfant de sept ans, sans antécédents morbides, est atteint d'une maladie aiguë de moyenne intensité, sauf l'absence de catarrhe et de taches rosées. Au quatrième septénaire l'enfant entre en convalescence et on l'emmène à la campagne ; il en revient bien portant, moins joufflu et moins vaillant pourtant que ne le sont d'ordinaire les enfants qui viennent d'avoir une dothiéntérie. L'hiver se passe sans encombre ; puis, un beau matin, l'enfant est pris de malaise, de céphalée, de vomissements, de fièvre, de convulsions ; en quelques jours, il est emporté par une méningite tuberculeuse.

OBSERVATION IX. — (Professeur Landouzy). — Même drame, en deux actes, chez une fillette qui fait, à huit ans, une fièvre typhoïde (?) légère, sans taches rosées, sans catarrhe intestinal ; sept semaines après, première bronchite sévère, tenace, fébrile, du sommet droit ; deux ans après, série de bronchites fébriles, et mort, l'année suivante, à douze ans, de méningite tuberculeuse.

OBSERVATION X. — (Weil et Mouriquand, *P. M.*, 27 nov. 1909.) — Un enfant de dix-huit mois se présente à nous, le 10 juillet 1903, avec des signes d'affection digestive aiguë, de la diarrhée, quelques vomissements, une température de 39°5 à 40 degrés qui dure six jours, des taches rosées. On songe à une dothiéntérie, mais la convalescence n'est pas franche, l'enfant maigrit beaucoup, ne retrouve pas son appétit. En août, malgré une détente relative, il présente, à diverses reprises, des troubles digestifs.

Le 10 septembre apparaissent quelques vomissements longtemps après les repas. Après un état de tristesse marqué qui dure trois jours, l'enfant fait, du 16 au 17 septembre, des crises convulsives suivies de coma. Le 18 septembre, les signes de méningite tuberculeuse sont au complet. Le 24, il fait une paralysie du bras gauche. Il meurt deux jours après.

Cet enfant fut donc atteint le 10 juillet d'une infection à allure dothiéntérique (à laquelle manquaient pourtant les taches rosées). Le 17 septembre, les symptômes de méningite typique apparaissent. Localisation reliée d'ailleurs à l'in-

fection aiguë primitive par une série d'incidents de même nature et par une courbe thermique irrégulière sur laquelle nous reviendrons. Plus de deux mois s'étaient donc écoulés entre la manifestation typhobacillaire et la localisation méningée.

Nous pouvons citer d'autres exemples de localisations bacillaires méningées tardives précédées par une phase de typho-bacillose.

OBSERVATION XI. — (Weil et Mouriquand, *P. M.*, 27 nov. 1907). — Tel est celui d'un enfant de dix ans, entré à la Clinique le 10 mai 1904, qui présente un état typhique remontant à quinze jours environ. Cet état attire immédiatement notre attention. La température est de 40 degrés ; l'enfant se plaint de céphalée vague, de douleurs subaiguës dans l'abdomen. Le ventre est normal, un peu douloureux à la pression. Il n'existe pas de taches rosées, la rate n'est pas sensiblement hypertrophiée. On pense à la dothiéntérie. Ce diagnostic n'est pas confirmé par le séro-diagnostic, qui est franchement négatif. A partir du 24 mai, la température se met à faire de grandes oscillations, la céphalée s'exagère et se localise aux tempes. Un peu de somnolence apparaît le 28 mai. Le 29, l'enfant fait sa première crise convulsive ; les signes de méningite sont très nets. L'aupstose confirme ce diagnostic.

Cette malade est morte de méningite tuberculeuse un mois après le début d'une infection à allure typhoïde. C'est progressivement, et par des

nuances cliniques, qu'elle est allée de la typho-bacilliose à l'arachnitis.

Autres exemples :

OBSERVATION XII. — (Weil et Mouriquand, *P. M.*, 1909). — Une fillette de huit ans se présente, le 25 février 1899 à notre examen.

Elle n'a pas d'antécédents pathologiques.

Depuis huit jours, elle présente une lassitude générale et des maux de tête fréquents qui l'obligent à s'aliter.

Elle a vomi trois fois et se plaint de douleurs dans le ventre. La température oscille entre 39 degrés. Pas de signes méningés. Pensant à une fièvre typhoïde, nous recherchons avec soin les taches rosées qui sont absentes. La rate, un peu grosse, déborde les fausses côtes. La diarrhée alterne avec la constipation. On perçoit quelques râles sibilants dans les poumons. A notre étonnement, le séro-diagnostic typhique est négatif. Le 2 mars, les oscillations thermiques s'accroissent. La constipation s'est installée.

Le 25, l'enfant est somnolente, la température est à 38°8. Le 26, les signes de méningite sont très nets (raideur de la nuque, céphalée, Kernig, constipation). La malade meurt le 28. L'autopsie montre un exsudat fibrineux à la base du cerveau, un semis de granulations le long des sylviennes, des adénopathies trachéo-bronchiques anciennes; pas de lésions typhiques de l'intestin.

« L'infection typhobacillaire avait précédé d'un mois la localisation méningée.

Nous avons observé le cas suivant avec une attention toute particulière :

OBSERVATION XIII.— (Weill et Mouriquand, *P. M.*, 1909). — Une fillette de onze ans entre à la Clinique, le 28 janvier 1906, pour une pyrexie dont le début remonte au 14.

On constate de la constipation, une douleur abdominale diffuse à la pression, *quelques taches rosées lenticulaires* douteuses et une rate débordant légèrement le rebord des fausses côtes ; aux poumons, quelques signes de bronchite diffuse. Le diagnostic de dothiéntérie s'impose. Avant de baigner l'enfant, nous faisons son séro-diagnostic qui est absolument négatif. Nous songeons alors — instruits par nos cas antérieurs — à la typhobacillose. La séro-réaction d'Arloing et P. Courmont est négative. La recherche du bacille de Koch dans le sang ne permet pas de l'isoler. La nature bacillaire de l'affection étant improbable, nous pensons à la para-typhoïde ; le séro-diagnostic paratyphique (Gaërtner, Brion) est également négatif (Ch. Lesieur). Cependant, le 3 février, la température fait de grandes oscillations et nous cherchons en vain un foyer purulent capable de les expliquer. Ce qui frappe, c'est que l'enfant supporte à ce point sa fièvre qu'il est devenu gai et demande même à manger. Mais l'état général est profondément atteint ; sous nos yeux, l'enfant « fond » littéralement.

Le 20 février, malgré une alimentation assez substantielle il est squelettique.

Le 25, la scène change : les signes de méningite apparaissent et enlèvent l'enfant. On trouve, à l'autopsie, quelques granulations méningées et des ulcérations intestinales transversales, tuberculeuses, ne présentant à aucun degré l'aspect des ulcérations typhiques.

OBSERVATION XIV (Résumée). — Thèse de Macheras.

— *Localisation sur les méninges six semaines après le début de l'infection.* — P... Marie-Rose, huit ans, entre le 25 février 1899 dans le service du professeur Weill. Père bien portant. Rougeole à trois ans. Très fatiguée depuis huit jours : maux de tête ; trois vomissements. Actuellement, enfant chétive, ventre souple, rate un peu grosse, foie n'est pas hypertrophié. Pas de taches rosées.

Au poumon la sonorité est normale ; à l'auscultation, quelques râles sibilants vers la base. Température 39°1.

2 mars. — Deux selles diarrhéiques et un vomissement. Pouls à oscillations.

8 mars. — Aux poumons, rien de net à l'auscultation. Toujours pas de taches rosées. Séro-diagnostic typhique négatif. Pas de Kernig, pas de raideur de la nuque.

25 mars. — Enfant somnolente, se plaint d'un grand mal de tête. Température 38°8 ce matin.

26 mars. — La malade a eu trois vomissements, la respiration devient irrégulière. Le signe de Kernig est assez accusé. Raideur de la nuque, Cheyne-Stokes.

28 mars. — Cris méningitiques, la malade meurt dans la soirée.

Autopsie. — On remarque un exsudat fibrineux à la base du cerveau, un semis de granulations sur les vaisseaux de la pie-mère.

Adénopathie trachéo-bronchique. Rien aux poumons ni à l'intestin.

LOCALISATIONS SUR LE PÉRITOINE

OBSERVATION XV (Résumée). — Thèse de Macheros, 1906, recueillie dans le service de M. le professeur Weill. — *Localisation péritonéale, trois à quatre semaines après le début de l'infection.* — V... Madeleine, six ans, entre à la Charité le 10 juillet 1900. Parents bien portants. Deux enfants sont morts, l'un à treize mois, l'autre à cinq, tous deux de méningite. Nourrie au sein par une nourrice, elle en a été retirée mal portante et chétive. Elle a eu la coqueluche à trois ans et la rougeole un mois après.

Depuis dix jours, maux de tête, douleurs abdominales, pas de diarrhée.

A l'entrée facies pâle, aspect chétif. Langue saburrale, avec piqueté rouge sur les bords, d'aspect typhique. Pas de douleurs, ni de gargouillement dans la fosse iliaque droite. Pas d'hypertrophie splénique, ni hépatique. Pas de taches rosées. Température 39°5 hier soir, 38 degrés ce matin. Pouls 112.

Aux poumons, pas de modifications de la sonorité ; quelques râles disséminés.

11 juillet. — Température 38°7 le matin. *Deux ou trois taches rosées* apparaissent, mais sont douteuses. *Le séro-diagnostic typhique est négatif.* Le malade a eu quatre selles depuis hier.

13 juillet. — Diarrhée a cessé. Matité splénique 5 centimètres, pas d'hypertrophie du foie.

1^{er} août. — Pouls tend à baisser. Le malade présente un léger ballonnement du ventre.

3 août. — La température oscille autour de 38°5, le ventre qui s'est ballonné de plus en plus est énorme aujourd'hui ; il est tympanisé. Toute la partie sus-ombilicale de l'abdomen est très sensible à la pression.

M. Nové-Josserand, qui a examiné le malade, porte le diagnostic de péritonite tuberculeuse.

6 août. — La constipation persiste. Ventre douloureux, submatité à la percussion, ce qui semble indiquer un épaissement du péritoine.

LOCALISATION SUR LA PÉRITOMIE

Si dans la première et la seconde enfance, l'infection tuberculeuse aiguë fait tardivement et plus volontiers ses localisations sur les méninges, elle frappe aussi avec quelque prédilection la séreuse péritonéale.

Les deux exemples suivants préciseront les modalités de cette localisation :

OBSERVATION XVI. — Une enfant de six ans entre à la clinique, le 10 juillet 1909, avec de la céphalée, des douleurs abdominales, de la diarrhée, un facies prostré, une langue saburrale, avec piqueté sur les bords, d'aspect typhique remontant à dix jours environ.

Le ventre est normal, peu tendu. Il n'y a pas de gargouillement dans les fosses iliaques, pas d'hypertrophie splénique certaine. A l'entrée, on ne distingue pas de taches rosées; le lendemain trois taches apparaissent sur la paroi abdominale, mais ne sont pas absolument typiques. La température se maintient autour de 39 degrés. Le 11,

la malade a eu 4 selles. Le 13, l'hypertrophie splénique est notamment constatée. On pense à la fièvre typhoïde. Mais la séro-réaction de Widal est absolument négative. Depuis le 13 jusqu'au 1^{er} août, l'état reste à peu près le même, à cela près que la température fait de grandes oscillations.

1^{er} août. — La température tend à baisser aux environs de 38 degrés. La malade commence à présenter un léger ballonnement du ventre.

3 août. — L'abdomen est nettement ballonné, la partie sous-ombilicale est très sensible à la pression et se défend à la palpation,

6 août. — La péritonite tuberculeuse est certaine (gâteaux péritonéaux). Le diagnostic est confirmé par M. Nové-Josserand.

La localisation péritonéale s'était donc faite un mois après le début des signes de l'infection aiguë. Pendant un mois, aucun symptôme n'avait fait prévoir sa possibilité. Seul le séro-diagnostic avait permis d'éliminer la dothiéntérie qui restait pourtant l'affection « probable » en raison des symptômes cliniques, jusqu'au jour où la localisation abdominale est venue mettre son estampille à la nature de l'infection aiguë.

Les mêmes incertitudes diagnostiques se sont présentées à nous dans un autre cas, en tout point identique :

OBSERVATION XVII. — (Weill et Mouriquand, *P.M.*, 1909.) — Chez un enfant de neuf ans, que nous vîmes

quinze jours après le début de son affection, nous relevâmes de la céphalée, des épistaxis, des vomissements, de la diarrhée, avec forte fièvre ($39^{\circ}7$, 40 degrés), une langue saburrale, un état typhique, tous symptômes parlant en faveur de la dothiéntérie.

Cependant les taches rosées et la splénomégalie manquaient. Le séro-diagnostic typhique était négatif; trois semaines après le début, la température devint oscillante, allant de $37^{\circ}7$ à $40^{\circ}2$, laissant à l'enfant un état relativement satisfaisant.

Au bout d'un mois et demi, apparurent les symptômes typiques d'une péritonite tuberculeuse.

Si nous en croyons nos statistiques, la typho-bacilliose affecte plus volontiers les localisations méningées tardives dans les premières années, puis viennent les localisations péritonéales; ce n'est, d'après la majorité de nos cas, qu'à un âge plus avancé, que se font les localisations pleurales isolées.

LOCALISATIONS SUR LE POU MON

Voici quelques exemples de localisations tardives de l'infection tuberculeuse aiguë sur l'appareil pulmonaire :

OBSERVATION XVIII. — (P. M., 1909, M. Weill et Mouriquand). — Une enfant, de quatre ans et demi — nous citons ce cas en raison de son caractère relativement exceptionnel — entre, le 13 mai 1905, à la clinique, se

plaignant de maux de tête accompagnés de vomissements alimentaires ayant débuté le 6 mai.

L'enfant est fébrile depuis, elle est aussi somnolente. La température oscille autour de 39 degrés ; la malade se plaint du ventre et présente de la diarrhée ; les selles sont liquides, jaunâtres ; la langue est saburrale, rouge sur les bords. Il n'existe ni ulcération pharyngée ni taches rosées. La rate n'est pas sensiblement hypertrophiée. En raison de l'état véritablement typhoïde dans lequel elle est plongée, on fait la séro-réaction de Widal qui est négative. Songeant alors à une bacillose possible, on pratique la radioscopie qui montre un poumon parfaitement transparent. Cependant le séro-diagnostic tuberculeux est très nettement positif. A partir du 20 mai, la température fait de grandes oscillations. Cette fièvre est alors *parfaitement supportée* ; le 5 juin, elle monte à 40 degrés, et pourtant l'enfant joue et dort bien.

Jusqu'au 8 juin, l'auscultation reste négative ; ce jour-là, on constate de l'augmentation des vibrations et de l'obscurité respiratoire au sommet droit. Le 10 juin, apparaissent des râles sous-crépitaux métalliques à ce niveau.

C'est donc après plus d'un mois de typhobacillose que l'enfant fit sa localisation pulmonaire. Nous pourrions citer d'autres observations identiques : celle d'une jeune fille de vingt et un ans qui, après trois semaines d'infection aiguë, fit sa localisation pulmonaire ; celle d'une fillette de quatorze ans qui, prématurément traitée pour fièvre typhoïde, fit, au bout d'un mois, sa lésion viscérale.

M. Landouzy, M. Gougerot ont cité assez d'exemples de cet ordre pour qu'il soit inutile d'insister.

OBSERVATION XIX (Landouzy). — Histoire analogue encore, chez une jeune femme de vingt ans, qui, au retour de son voyage de nocces, présente une maladie aiguë, typhoïde, sans taches rosées, avec courbe thermique irrégulière. Au trentième jour, la convalescence commence, mais péniblement ; les forces ne reviennent pas, l'appétit languit, la mine reste mauvaise ; la malade commence à tousser ; un mois plus tard, je constate de l'induration du sommet droit, et je trouve des bacilles dans les crachats. L'évolution continue, inexorable, et emporte la jeune femme en six mois.

OBSERVATION XX. — (Dans Thèse de Macheras, 1906, recueillie dans le service de M. le Professeur Weill.) — *Infection tuberculeuse aiguë. Localisation pulmonaire trois semaines après le début de l'infection.* — B... Marie, quatre ans, entrée le 13 mai 1905 à la Charité. Père inconnu, mère bien portante. C'est la première enfant. Nourrie au sein à la campagne jusqu'à huit mois. N'a pas eu de convulsions, mais la rougeole à deux ans et demi. Elle se portait bien, ne toussait pas.

6 mai 1905. — Violents maux de tête et trois vomissements alimentaires.

Depuis ce jour, l'enfant a paru avoir constamment de la fièvre ; elle était toujours somnolente. Le 13 mai, l'enfant souffre du ventre et présente de la diarrhée.

Depuis hier soir qu'elle est dans le service, l'enfant est un peu abattue, somnolente. A eu trois selles liquides,

jaunâtres, mais un peu foncées. La langue est saburrale avec les bords un peu rouges. *Pas d'ulcérations pharyngées, pas de taches rosées.*

Aux poumons, quelques râles sibilants, d'ailleurs inconstants. Rien au cœur. L'abdomen est souple, légèrement plus sensible à droite, à la pression pas de gargouillement très accusé. Rate non augmentée de volume.

Pas de raideur de la nuque ni du tronc, pas de Kernig, pas d'hyperesthésie.

19 mai. — Le séro-diagnostic typhique est négatif. L'examen radiographique est négatif.

20 mai. — La température fait des oscillations, rien de net aux poumons.

23 mai. — Le séro-diagnostic tuberculeux est positif.

25 mai. — On n'entend toujours rien à l'auscultation.

5 juin. — La température atteint son maximum, 40 degrés, sans qu'il y ait des troubles fonctionnels. Pas de diarrhée, pas d'oppression. Foie un peu augmenté de volume, rate normale. Rien au cœur ni aux poumons.

8 juin. — On trouve de la *submatité* sous la *clavicule droite*, de l'obscurité respiratoire et de l'exagération des vibrations au sommet droit.

10 juin. — On perçoit un foyer de râles du même côté.

LOCALISATION SUR LES PLÈVRES

En tête de ce travail, nous en avons donné un exemple suffisamment démonstratif chez une jeune fille de quatorze ans et demi. L'observation suivante a trait à une fillette de treize ans.

OBSERVATION XXI. — (Weill et Mouriquand, *P. M.*, 1909). — Le début de l'affection se fit en janvier 1907, par de la céphalée, de la prostration, des troubles digestifs, des douleurs abdominales.

Le diagnostic de fièvre typhoïde fut porté avec quelque hésitation en l'absence de taches rosées. Le séro-diagnostic de Widal fut négatif. Après avoir fait un plateau autour de 39 degrés, de plus grandes oscillations apparurent, et la localisation se fit seulement au début de mars sous la forme d'une pleurésie gauche tuberculeuse diagnostiquée par la ponction suivie d'examen cytologique et par la radioscopie.

Ainsi que l'un de nous l'a établi pour la bacillose à marche lente, « on peut considérer, en rapport avec l'âge, trois étapes parcourues par la tuberculose : une étape lymphatique, une étape séreuse, une étape viscérale ». Il semble que les mêmes étapes se retrouvent dans les localisations de l'infection tuberculeuse aiguë. Laissant de côté la question des localisations ganglionnaires qui semblent plus exceptionnellement dériver d'une bacillose aiguë, on peut considérer que la typho-bacillose du jeune enfant fait plus volontiers des localisations méningées, péritonéales et enfin pleurales.

A mesure que l'âge adulte se rapproche, la localisation tend à devenir viscérale et surtout pulmonaire. Cette règle, qui souffre, naturellement, de nombreuses exceptions, paraît vraie dans sa généralité.

LOCALISATION PLEURALE

OBSERVATION XXII. — (Weill. *P. M.*, 1909). — Le 6 novembre dernier, entrainé, à la Clinique médicale infantile, une enfant de quatorze ans, dans les antécédents héréditaires et personnels de laquelle, l'interrogatoire le plus minutieux ne permettait de découvrir aucune trace de bacilliose. Elle avait eu la coqueluche à six mois, la rougeole à cinq ans, la scarlatine à six ans. Depuis ces affections, sa santé avait été bonne, et elle était devenue une belle et forte fille.

Le 24 octobre 1908, la maladie qui nous l'amenait avait débuté par des frissons avec céphalée, sans vomissements ni diarrhée. La faiblesse s'aggravant, elle vint à l'hôpital. On lui trouva à l'entrée, un facies jaune, abattu, une langue sèche, des lèvres fuligineuses, sans ulcérations des piliers du voile.

Son abdomen présentait un météorisme très net, sans douleur localisée, sans gargouillement cæcal. Les symptômes étaient donc plutôt négatifs, mais l'abattement et l'aspect typhique nous faisaient rechercher avec soin tous les signes de la dothiéntérie. Les taches rosées manquaient, mais la matité splénique était augmentée ; il existait, comme il est presque de règle dans la fièvre typhoïde, des signes de bronchite diffuse aux deux poumons, sans rien de net à leurs sommets. Le pouls battait régulièrement à 116. Les bruits du cœur étaient forts, claqués. La température était de 39°8 à l'entrée et s'élevait à 40°6 le soir. Les urines ne présentaient pas d'albu-

mine. A quelques nuances près, le diagnostic de fièvre typhoïde s'imposait, en raison surtout de l'état profondément typhique dans lequel la malade était plongée, de la haute température et de la splénomégalie.

Contrairement à notre attente, le séro-diagnostic typique (Policard) fut douteux (agglutination faible à 1/20, nulle à 1/50). La culture du sang en bouillon (suivant le procédé préconisé par M. le professeur J. Courmont) fut également négative. L'état resta le même les jours suivants. La température oscilla entre 39 et 40 degrés, présentant à peu près les oscillations classiques des dothiériennes (différence de 5/10 à 6/10 du matin au soir).

La malade était légèrement constipée. Jusqu'au 13 novembre, le diagnostic demeura indécis. Ce jour-là, apparaît le premier symptôme positif: un point de côté à la base droite. A ce niveau, la percussion ni l'auscultation ne décèlent rien d'anormal. Même absence de symptômes physiques les 14, 15, 16 novembre. Le 17, le point de côté persiste encore, mais on note, en outre, à la base droite, de la matité, de l'abolition des vibrations, un souffle intense, surtout expiratoire, et de la pectoriloquie aphone. Depuis le 13 novembre d'ailleurs, les oscillations thermiques ont beaucoup augmenté d'amplitude. Elles se font entre 38 degrés et 39°8. Le diagnostic clinique de pleurésie s'impose: une ponction exploratrice le confirme en ramenant un liquide citrin séro-fibrineux. Cette pleurésie, dans son évolution, revêt tous les caractères de la pleurésie tuberculeuse. L'examen cytologique montre une lymphocytose très nette avec quelques globules rouges et de rares polynucléaires, des placards endothéliaux et pas de microbes.

L'ophtalmo-réaction tuberculeuse est positive, mais faible une première fois (1^{er} décembre) ; elle se montre forte et apparaît, au contraire, rapidement à la seconde réaction (4 décembre), sans doute en raison de la sensibilisation de l'organisme.

M. P. Courmont a bien voulu se charger lui-même de faire le *séro-diagnostic tuberculeux de l'enfant*, qui s'est montré très positif à 1/10.

L'examen radioscopique a, de tous points, confirmé notre diagnostic en montrant une belle *courbe de Damoiseau*.

Du jour où la manifestation pleurale apparut au cours de la pyrexie, notre diagnostic fut porté avec certitude. Nous avons eu affaire non à une fièvre typhoïde (*absence de séro-diagnostic, culture du sang négative, absence de taches rosées*), malgré l'habitus général de la malade, la *grosse rate*, la *courbe thermique*, mais bien à une *typho-bacilliose de Landouzy* avec *localisation pleurale secondaire* des mieux caractérisées. La fièvre était apparue le 24 octobre avec son cortège typhique, et ce n'est que le 17 novembre que la localisation révélatrice de sa nature se produisit.

Le diagnostic de typho-bacilliose fut, dans notre cas, non seulement confirmé par l'apparition d'une *pleurésie tuberculeuse*, mais aussi par les localisations ultérieures de la bacilliose, minutieusement suivie par l'examen radioscopique. L'*épanchement pleural*, qui était au maximum le 24 novembre, s'est résorbé spontanément sans ponction évacuatrice. Le 22 décembre, on ne note plus d'épanchement, mais apparaissent les ombres très nettes de *ganglions trachéo-bronchiques*. La malade tousse

toujours d'une toux sèche, sans expectoration. L'examen radioscopique montre, le 4 janvier, outre les ganglions, un *sommet* gauche très gris et un sommet droit un peu obscur. L'auscultation fait d'ailleurs entendre, au sommet gauche, une *expiration granuleuse sans signes accentués*. La température est irrégulière et oscille entre 37 et 38 degrés. Notre malade venait d'entrer dans la tuberculose par une longue manifestation typho-bacillaire.

OBSERVATION XXIII. — (P. Landouzy. *Gaz. des Hôpitaux*, 1886). — Notre malade du n° 2 de la salle Saint-Charles, âgé de trente-cinq ans, est entré à l'hôpital avec tout le cortège symptomatologique de la fièvre typhoïde, moins les taches ; on le soigne ici pour cette affection. L'évolution est régulière, puis la courbe thermique tombe au-dessous de 38 degrés et au bout de quatre semaines on se dispose à l'envoyer en convalescence à Vincennes, lorsque, tout à coup, il se plaint d'un point de côté à gauche ; le lendemain la température est remontée à 40 degrés, il y a une pleurésie gauche, l'épanchement prend un tel accroissement que deux thoracentèses sont nécessaires. La fièvre continue ; l'épanchement a disparu cependant aujourd'hui. D'aucuns disent comme diagnostic : fièvre typhoïde, coup de froid dès la convalescence, pleurésie créant une opportunité morbide pour contracter la tuberculose dans les salles. Eh bien ! pour moi, sa pleurésie n'est qu'une manifestation de sa tuberculose ; cet homme n'a pas eu de fièvre typhoïde, mais une fièvre infectieuse tuberculeuse dès le premier jour. Sa maladie est une tuberculose qui a pris le costume de la dothiènen-

térie, et sa pleurésie n'a été que le cri de la tuberculeuse.

Quelle conclusion tirer de ces observations :

Nous voyons que c'est la localisation elle-même qui fait le danger et le pronostic : danger immédiat et pronostic fatal pour la méningite ; pronostic moins grave pour la localisation péritonéale et pulmonaire, presque bénin pour la localisation pleurale.

La typho-bacillose qui ne se localise pas reste une affection bénigne. Le bacille de Koch qui circule dans le sang s'y atténue, le sang étant un mauvais milieu de culture pour lui (Jousset). « Avec la localisation, commence sa prolifération et la gravité de l'affection. A quelle époque apparaît la localisation ? Cette époque est essentiellement variable, mais le pronostic sera d'autant plus favorable que la localisation sera tardive, absente ou discrète, et l'on peut comparer à ce point de vue la typho-bacillose à la pneumococcie infantile. »

Une localisation rapide est d'un *mauvais pronostic*. La typho-bacillose sans localisation pourra guérir. Chez l'enfant, elle est une septicémie à tendance éminemment localisatrice ; d'où son habituelle gravité.

CHAPITRE IV

TYPHO-BACILLOSE ET ADÉNOPATHIE MÉDIASTINE

Parmi les localisations de la typho-bacillrose, il en est une qui a une importance de premier ordre, surtout dans la pathologie infantile : c'est la localisation de la tuberculose sur les ganglions du médiastin.

Dans sa leçon du 18 décembre 1909, M. le professeur Hutinel a insisté tout particulièrement sur l'adénopathie médiastine consécutive à la typho-bacillrose et nous nous permettons de nous inspirer de ses idées et de les citer souvent dans ce chapitre.

Après l'évolution aiguë de la maladie « c'est presque toujours dans les ganglions du médiastin que nous devons rechercher les premiers stigmates de la tuberculose » ; ce n'est que plus tard, après ce premier relai ganglionnaire, que se détermineront les localisations pulmonaires, pleurales péritonéales.

En voici plusieurs exemples :

OBSERVATION XXIV. — (Professeur Hutinel, *in Revue de la Tuberculose*, janvier 1910). — Je suis appelé par le Dr Méry auprès d'un petit garçon de quatre ans, atteint d'une fièvre qui semblait être une dothiéntérie de moyenne intensité. L'enfant, né de parents âgés, était pâle et peu vigoureux, sa courbe thermique rappelait vaguement celle d'une fièvre typhoïde ; mais le pouls était trop fréquent, l'abattement n'était pas assez marqué et l'appétit n'avait pas disparu. Nos craintes étaient d'autant plus vives que le séro-diagnostic était négatif ; il est vrai que chez l'enfant, les résultats positifs se font souvent attendre. Avec les différents paratyphiques, on n'obtenait pas plus d'agglutination qu'avec le bacille d'Éberth. La tuberculose était donc probable, mais aucun signe précis ne permettait de l'affirmer.

Quelques jours après, un nouvel examen nous fit constater *une inégalité respiratoire des plus suspectes à la racine des bronches ; en avant et en arrière la sonorité était également modifiée. Dès lors, nous étions fixés, il existait une adénopathie médiastine et la fièvre était imputable à la tuberculose.*

Quelques semaines plus tard, l'enfant était emporté par une *méningite*.

Voici une observation dans laquelle on voit l'adénopathie survenir sitôt après la phase aiguë et être suivie elle-même, trois semaines plus tard, d'une localisation tuberculeuse mortelle. Ici nous voyons, de plus, que l'adénopathie trachéo-bronchique est venue pour ainsi dire apporter la signature tuberculeuse de la fièvre et éclairer le diagnostic.

OBSERVATION XXV. — (Professeur Hutinel, in *Revue de la Tuberculose*, janvier 1910). — J'ai vu, il y a dix-huit mois, avec le Dr Fernand Bezançon, une fillette en proie depuis plusieurs semaines à une fièvre dont la cause paraissait douteuse. Un jour, la *respiration nous parut soufflante au hile du poumon gauche en arrière, et nous perçumes, à ce niveau, une légère diminution de la sonorité.*

Bientôt il se fit, du même côté, une poussée congestive qui, d'abord légère, s'étendit et s'aggrava rapidement. La dyspnée devint bientôt atroce et l'enfant fut emportée par une *granulie* à forme pseudo-asthmatique.

Mais les ganglions du médiastin ne constituent pas toujours des réserves de bacilles qui deviennent infectantes ; les ganglions réagissent de façons diverses et les lésions qu'ils présentent ont des suites bien différentes, certaines adénopathies, après avoir causé des alarmes, en raison de la fièvre et des signes de compression dont elles se sont accompagnées, s'améliorent et rétrocedent peu à peu. Parfois même le changement est assez rapide pour rappeler la résolution d'une masse purement inflammatoire. Voici un cas, publié par M. le professeur Hutinel, où le malade sort de l'hôpital presque complètement guéri de son adénopathie.

OBSERVATION XXVI. — (Professeur Hutinel). — Le 4 août dernier, nous recevions, salle Bouchut, n° 1, un garçon de neuf ans, T... Alfred, né de parents bien portants, qui n'avait eu qu'une rougeole à cinq ans et une varicelle à sept ans, sans complications.

Depuis huit jours, il avait de la fièvre, de la céphalalgie

et une légère douleur dans la fosse iliaque droite : depuis deux jours, il vomissait, était constipé et souffrait davantage de la tête. Il semblait fatigué, sans être prostré. La langue était rouge à la pointe et sur les bords, la rate un peu grosse, le foie normal. Pas de ballonnement du ventre, léger gargouillement dans la fosse iliaque droite. Séro-réaction douteuse au 1/10. Pouls : 104.

7 août — Les symptômes ne s'étaient pas accentués, bien que la température restât élevée, mais la respiration était soufflante à la racine des bronches.

13 août. — Le séro-diagnostic restait négatif ; par contre, la respiration était soufflante au niveau du hile droit, en arrière, et ce souffle se propageait jusqu'à la partie interne de la fosse sus-épineuse. Il ne s'agissait donc pas d'une fièvre typhoïde, mais d'une typho-bacillose avec adénopathie médiastine. La température baissa tout à coup le 17, mais elle remonta bientôt, comme s'il se produisait une rechute pour osciller jusqu'au 9 septembre.

18 septembre. — L'enfant quitta l'hôpital, étant apyrétique depuis une dizaine de jours. Il semblait guéri, mais la respiration restait inégale à la racine des bronches.

Les quelques exemples nous montrent le rôle considérable que joue l'adénopathie médiastine dans l'évolution ultérieure de la typho-bacillose. L'attention du clinicien doit toujours être fixée sur les ganglions du médiastin tant pendant la phase aiguë que pendant la convalescence de la maladie. Peut-on reconnaître l'adénopathie dans tous les

cas ? Voici ce que dit à ce sujet M. le professeur Hutinel : « Les lésions ganglionnaires peuvent rester latentes ; cependant, quand on s'ingénie à les rechercher méthodiquement on reconnaît qu'il est possible de les découvrir dans un assez grand nombre de cas. Elles sont de vulgaires trouvailles d'autopsies, surtout pour ceux qui n'explorent pas avec assez de soin les deux hiles des poumons.

Certes, il est des cas où la recherche des ganglions est facile ; il s'agit alors de ces grosses adénopathies dont on décrit complaisamment les signes dans les livres classiques, et qui compriment les vaisseaux, les nerfs, la trachée et les bronches. Chez les typho-bacillaires, ces grosses adénopathies sont rares ; il s'agit des petites adénopathies qui ne causent ni dilatations des veines, ni cornage, ni toux coqueluchoïde ; si vous voulez les découvrir, il faut les chercher et cette exploration est si importante et si délicate que chaque médecin préconise volontiers un signe plus ou moins infailible.

L'attention peut avoir été éveillée par les antécédents des malades, par leur habitus extérieur, leur teint, le développement de leur système pileux, parfois même par la présence de stigmates suspects. L'exploration des ganglions du cou, des aines, des aisselles, fournit d'autre part des indices sérieux et conduit à explorer le médiastin.

Si la toux est coqueluchoïde, s'il y a du cornage ou une dilatation anormale des veines du cou et

du thorax, cette exploration s'impose encore davantage ; mais ce sont là de gros symptômes qui n'apparaissent qu'exceptionnellement. Il faut, de parti pris, examiner les ganglions bronchiques.

D'ordinaire, on note surtout une modification du murmure vésiculaire à la racine des bronches. Si on applique l'oreille successivement à droite et à gauche du manubrium sternal et de la colonne vertébrale, on note souvent que la respiration n'est pas égale des deux côtés. Il est fréquent, par exemple, de la trouver rude et presque soufflante à gauche en arrière, tandis qu'à droite elle est affaiblie et presque éteinte. En avant, au contraire, chez le même sujet, il est possible qu'elle soit plus rude à droite et plus faible à gauche.

Souvent il n'y a là qu'une nuance, mais le timbre rude ou soufflant de la respiration peut s'accentuer et se propager plus ou moins loin, vers le sommet ou vers la base, de même que la faiblesse du murmure peut s'étendre à tout un lobe.

S'il y a des signes de catarrhe, il n'est pas rare de les voir se localiser dans un poumon ou dans une partie d'un poumon. Ces bronchites locales sont sans doute sous la dépendance d'un trouble circulatoire, en rapport avec l'irritation que subissent certains des nerfs du poumon au contact des ganglions tuberculeux (H. Meunier.) Elles peuvent siéger au sommet ; assez souvent, les râles forment un foyer demi-circulaire autour du hile du poumon.

Dans d'autres cas, on note des poussées fluxionnaires atypiques qui rappellent les pneumonies abortives ou qui font craindre l'apparition d'une pleurésie.

La voix, comme l'a montré d'Espine, est souvent plus retentissante d'un côté que de l'autre ; il en est de même de la toux.

Si l'on renverse fortement en arrière la tête de l'enfant, et si on ausculte la région sous-claviculaire, on perçoit souvent, surtout à droite, un bruit continu avec redoublement comparable au bruit de diable des chlorotiques, et qui semble dû à une compression exercée sur les veines par les ganglions hypertrophiés (signe de Smith). Ce signe n'est nullement pathognomonique ; cependant il se trouve surtout chez les enfants atteints d'adénopathie médiastine. La percussion qui donne des résultats précieux quand les ganglions sont très volumineux est presque muette quand ils sont petits.

Dans beaucoup de cas, la radioscopie et la radiographie confirment un diagnostic hésitant, en mettant les lésions ganglionnaires sous les yeux du médecin. Quand on trouve quelques-uns de ces signes chez un enfant atteint d'une fièvre qu'on suppose être une typho-bacillose, l'hésitation cesse et le diagnostic devient au moins probable.

Quel pronostic porter ?

Un malade qui a présenté des signes de typho-bacillose avec adénopathie médiastine peut

toujours avoir plus tard une localisation tuberculeuse grave.

« Les grosses adénopathies, dit M. le professeur Hutinel, ne sont pas toujours les plus mauvaises, il faut se méfier de ganglions assez volumineux pour comprimer les organes voisins et qui n'ont pas de tendance à diminuer.

» Au contraire, les ganglions qui semblent fondre rapidement et qui sont peut-être des ganglions fluxionnés, susceptibles de se scléroser et de se rétracter, permettent un pronostic plus favorable ».

CHAPITRE V

CINQ OBSERVATIONS DE TYPHO-BACILLOSE

OBSERVATION XXVII. — (Recueillie à l'Hôpital de la Pitié, service de M. Claisse. — *Typhobacilliose*.) — B... Gabrielle, âgée de vingt-trois ans. Entrée le 15 mars 1910 à la Pitié, salle Lorain, n° 43.

Antécédents. — Congestion pulmonaire gauche en 1902. Depuis lors, elle s'enrhume facilement. En juin 1909, elle a fait un séjour au bastion 27 pour une crise d'anémie. La maladie a débuté vers le 11 mars par des coliques, des maux de tête extrêmement violents, avec irradiations douloureuses à la nuque et au cou, par des frissons et une sudation intense.

Nous trouvons la malade couchée sur le côté droit, ne pouvant se tourner vers le gauche, à cause d'une vive douleur du cou qui apparaît au moindre mouvement. Elle est très abattue, mais parfaitement consciente. Nous ne constatons ni strabisme, ni troubles pupillaires. Le signe de Kernig est douteux.

La malade a de l'anorexie ; elle est constipée ; il existe du gargouillement dans la fosse iliaque droite. Quelques

petites taches érythémateuses que l'on voit sur le tronc ne peuvent pas être considérées comme des taches rosées lenticulaires. A part quelques râles dans les deux poumons, on ne constate aucune lésion des divers parenchymes.

Le pouls est à 120, la température à 39 degrés. On pense à la possibilité d'une fièvre typhoïde.

La situation reste la même les jours suivants avec une fièvre continue de 39 degrés et le diagnostic s'oriente de plus en plus vers la dothiéntérie. Mais le séro-diagnostic, pratiqué le 20 mars, neuf jours après le début, reste négatif. Il en sera de même de l'hémoculture qui sera faite le 3 avril. La ponction lombaire fournit aussi un résultat négatif.

En présence de tous ces résultats négatifs, on écarte le diagnostic de fièvre typhoïde. D'ailleurs l'évolution clinique ne tarde pas à fournir aussi des arguments contre le diagnostic initial. La céphalée du début a disparu, et malgré la persistance de la fièvre, la malade n'est plus déprimée ; elle dort bien, a son entière lucidité et ne présente aucun trouble du système nerveux. L'état digestif, troublé au début, s'est aussi amélioré. On a renoncé au régime spécial de typhique prescrit les premiers jours, pour donner à la malade une alimentation variée qui est parfaitement tolérée, sans aucun incident.

L'intégrité paradoxale de l'appareil digestif, du système nerveux, la persistance de la fièvre, le caractère négatif des épreuves bactériologiques, sont autant d'arguments en faveur du diagnostic de typho-bacillose.

La fièvre diminue lentement, sans s'éteindre complètement. Mais l'amélioration de l'état général est telle que la

malade, malgré nos conseils, tient à reprendre ses occupations et sort de l'hôpital.

OBSERVATION XXVIII (Personnelle et inédite). — (*Typhobacilliose de Landouzy. Tuberculose pulmonaire consécutive. — Evolution en un seul temps* Service de M. le professeur Landouzy à la Clinique Laënnec). — V..., âgé de quarante-sept ans, déménageur, entre le 7 avril 1910, salle Grisolle, lit n° 72, pour faiblesse générale et abattement.

Dans son enfance on ne relève pas de maladie grave. A vingt et un ans, il part en Algérie, accomplir ses cinq années de service militaire. Pendant son séjour il a eu quelques attaques de dysenterie ; pas de paludisme. Ethylisme avéré.

Revenu en France, il s'est toujours bien porté jusqu'en 1905, où, à la suite d'un refroidissement, il fut pris d'un malaise général avec frissons, fièvre ; toux et expectoration muco-purulente. Il s'est remis assez vite de cette indisposition, mais sa santé a toujours été chancelante depuis : il a maigri légèrement et, ses forces l'abandonnant, il a été forcé à maintes reprises de cesser son travail.

Dans ses antécédents héréditaires, on ne retrouve pas de bacilliose. Le malade est célibataire.

7 avril 1910. — Abattu, courbaturé, traînant depuis quelque temps déjà, le malade entre dans le service de M. Landouzy. La température est de 38°5 ; il se plaint de douleurs vagues et d'un point de côté au niveau de la partie inférieure droite du thorax.

Il tousse un peu, son expectoration est muco-purulente.

La percussion révèle une légère submatité avec résistance au doigt sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse gauche. A l'auscultation, on trouve une respiration rude, sans bruit surajouté au même niveau.

La pointe du cœur est dans le cinquième espace, le choc est affaibli, les bruits du cœur un peu lointains. Le poulx est petit, dépressible, 66 pulsations. A noter la non correspondance du poulx et de la température. Les artères sont un peu dures.

A l'examen de l'appareil digestif, la langue est rosée, non saburrale. Pas d'angine, ni d'amygdalite. Le ventre n'est ni ballonné, ni rétracté. A la palpation, légère défense musculaire au niveau des grands droits. Pas de diarrhée. Le foie déborde d'un travers de doigt. La rate n'est pas perceptible.

Rien dans les urines, ni sucre, ni albumine. On met le malade en observation et au repos.

Ce n'est que quelques jours plus tard, vers le 12, que, frappé de ce que les lésions pulmonaires ne suffisaient pas à expliquer la température élevée, 39 degrés, 39°5, et voyant le malade pâle, inerte, stupéfié, avec un facies typhique, les lèvres filigineuses, la langue saburrale, on diagnostique une fièvre typhoïde, et on fait faire des enveloppements humides au malade.

Mais le malade n'a *pas de taches rosées*, pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite, pas d'ulcération de Duguet, *le séro-diagnostic typhique au 1/50 négatif*. Paratyphique A et B douteux.

15 avril. — Début de phlébite ; le malade est pris d'une violente douleur à la face postérieure de la jambe droite,

au niveau de la saphène externe qui se transforme en un cordon douloureux et induré. La température est à 40 degrés, le pouls à 62, l'état typhique s'accroît.

L'examen du poumon révèle toujours de la submatité au sommet gauche, une expiration soufflante au même niveau et quelques râles sous-crépitaux au sommet droit.

19 avril. — *La rate* est percutable sur deux travers de doigt. Pas de diarrhée.

Amaigrissement assez marqué; on pense à la possibilité d'une typho-bacillose de Landouzy et on fait l'*hémoculture*, celle-ci est négative, le séro-diagnostic à 1/25 également.

21 avril. — Examen des crachats négatifs.

26 avril. — Le pouls s'accroît, 100 pulsations. T. 39°4.

Le malade s'affaiblit de plus en plus, il ne lit pas et ne s'intéresse plus à ce qui l'entoure.

28 avril. — Pouls à 100. T. 39°2.

Intradermo-réaction. — Positive.

Bacilles de Koch dans les crachats: c'est la première fois, après plusieurs examens de crachats, qu'on a trouvé le bacille.

29 mai. — P. 100. T. 38°2. Le malade est plongé dans la stupeur; quelques paroles incohérentes.

3, 4, 5, 6 mai. — Etat général très mauvais, amaigrissement marqué, torpeur.

Examen. — 7 mai. — Craquements à gauche un tiers supérieur du poumon, et râles sous-crépitaux. Le poumon droit pris également.

En résumé: typho-bacillose avec tuberculose pulmonaire consécutive.

OBSERVATION XXIX (M. Claisse). — *Typho-bacillose. Adénopathie bronchique à répétition*. — B..., trois ans. Enfant pâle, de santé médiocre, appétit capricieux, a de fréquents désordres digestifs.

On trouve dans la famille des tares tuberculeuses : un frère mort de méningite il y a quatre ans, une sœur aînée a eu une pleurésie.

Février 1905. — L'enfant a une broncho-pneumonie, avec fièvre élevée pendant quatre jours. Les lésions pulmonaires disparaissent au bout d'une dizaine de jours, mais la fièvre persiste, l'état général est mauvais et l'alimentation se fait mal.

L'enfant part à la campagne, l'état général s'améliore peu à peu, mais la température remonte fréquemment au-dessus de 38 degrés et ne redevient normale qu'au bout de six mois environ.

Depuis lors, l'enfant s'est bien développé. Il est grand, fort, assez gras, mais reste fragile. Malgré les soins les plus minutieux, il a de temps à autre de petites poussées fébriles. Toutes celles que j'ai pu observer coïncidaient avec l'apparition d'une zone de matité au hile du poumon droit.

Récemment, à l'occasion d'un simple rhume, sans aucun signe de bronchite, l'enfant a fait une nouvelle poussée d'adénopathie bronchique, plus importante que les précédentes, accompagnée d'une fièvre continue et d'un état saburral. Depuis le 5 mai, la fièvre est tombée et les signes d'adénopathie bronchique ont disparu.

OBSERVATION XXX (M. Claisse). — T..., fillette de quatre ans. Bonne santé habituelle. Développement sans incident morbide jusqu'à quatre ans.

En novembre 1906, l'enfant a une légère congestion pulmonaire qui disparaît assez lentement, laissant à sa suite une adénopathie trachéo-bronchique, diagnostiquée par deux spécialistes et persistant plusieurs semaines.

La température très élevée pendant les premiers jours de 39 degrés à 40°6, était tombée à la normale dès le quatrième jour, mais pour remonter au bout de cinq jours et par la suite, pendant près de cinq mois la fièvre prit une allure nettement intermittente, à tel point que le diagnostic de paludisme fut sérieusement examiné. Durant cette longue période, l'enfant avait un bon état général, on n'observa aucune lésion locale, bref aucun désordre autre que des accès fébriles de deux à quatre jours, séparés par des intervalles de deux à sept jours.

A dater de mars 1907, la fièvre a disparu et la guérison semble complète. A la fin de l'année suivante en novembre 1908, l'enfant commence à souffrir de temps à autre d'une névralgie intercostale, et brusquement, les huitième et neuvième vertèbres dorsales deviennent saillantes et douloureuses. On met l'enfant dans un appareil plâtré. Elle y est encore actuellement. L'état local est très satisfaisant et l'on a tout espoir de guérison.

OBSERVATION XXXI (M. Claisse). — *Typho-bacillose. Fièvre de longue durée. Coxalgie et mal de Pott dans la convalescence. Guérison.* — J..., fillette de huit ans, robuste, sans antécédent morbide, à part une grippe qui l'affaiblit un peu en janvier 1907. Au mois de mars de la même année, elle a une coqueluche de moyenne intensité. Vers le vingtième jour, la température monte à 40 degrés, les quintes disparaissent et l'on constate une

broncho-pneumonie à droite puis une pleurésie à gauche. Les lésions pulmonaires disparaissent peu à peu, mais la fièvre reste très élevée, entre 39 degrés et 40 degrés jusqu'au milieu de mai. Elle devient ensuite plus irrégulière ; mais sans disparaître complètement, remontant parfois au-dessus de 40 degrés. En août et en septembre, elle monte encore parfois le soir à 38°5. En octobre elle dépasse plus de 38 degrés. L'état général est satisfaisant et aucune lésion locale n'explique cette persistance fébrile.

En octobre, on constate de la claudication, sans douleur à la marche ni à la pression. Ce symptôme disparaît de temps à autre, puis reparaît plus ou moins accentué.

Vers le mois d'avril, on remarque une saillie vertébrale lombaire douloureuse et l'enfant est placée d'abord dans une gouttière plâtrée, puis en juin 1908 dans un appareil en celluloïde.

Pendant l'année 1908, la température est souvent remontée à 38 degrés. Depuis deux ans, elle est restée normale. L'enfant, grâce à une cure marine, a un état général excellent, le teint est bon, les fonctions digestives se font bien et le poids augmente.

Actuellement, les lésions osseuses, celle de la jambe gauche qui semble s'être limitée au trochanter et celle des vertèbres paraissent éteintes, et l'appareil n'est conservé que par excès de prudence. Bref la maladie qui a débuté en 1907 par typho-bacillose et qui s'est compliquée d'ostéites, semble terminée aujourd'hui.

CONCLUSIONS

La typho-bacillose est une bacillose aiguë qui surprend les individus en apparence bien portants et simule la fièvre typhoïde dont elle emprunte presque tous les symptômes.

Elle est « plus méconnue que rare », et nous voyons que nombre de typhoïdes, de typhoïdettes, à évolution anormale, à récurrences fréquentes, à convalescence traînante, ne sont en réalité que des typho-bacilloses. Le champ de cette maladie s'étend de jour en jour, au fur et à mesure que l'étude clinique et les procédés de laboratoire permettent de mieux la diagnostiquer.

Reste à baser le pronostic, et c'est là une des parties les plus importantes de la question :

1° La terminaison mortelle, pendant la phase aiguë, est relativement rare ; le malade meurt dans l'adynamie ou par l'apparition brusque d'une localisation grave (méningite).

2° Le plus souvent, la maladie évolue en deux temps :

Phase aiguë. — Convalescence pénible. Puis, au bout de six mois, un, deux, trois, quatre ans,

apparition d'une localisation tuberculeuse. C'est elle qui commande le pronostic. Celui-ci sera d'autant plus favorable que la localisation sera absente, tardive ou discrète ;

3° Une des localisations les plus importantes chez l'enfant est celle qui se fait sur les ganglions du médiastin ; c'est là, en quelque sorte, que la bacillose sommeille après la phase aiguë pour se disséminer ensuite, et « tout sujet qui a présenté des signes de typho-bacillose, avec adénopathie médiastine, est toujours exposé à faire, quelques semaines ou quelques mois après, une méningite, une pleurésie ou une péritonite » (1).

Le pronostic doit donc toujours être réservé ; après la phase aiguë, le malade sera l'objet d'une surveillance médicale constante, et traité comme un tuberculeux.

Toute la question du pronostic est résumée et schématisée dans cette formule de M. Claisse :

« On doit se défendre pour le présent contre le pessimisme, pour l'avenir contre l'optimisme (2). »

1. M. le professeur Hutinel, Leçon du 18 décembre 1909 (*In-Revue de la Tuberculose*, janvier 1910).

2. M. Claisse, *La Clinique*, 20 mai 1910.

Vu : le président de la thèse,

HUTINEL

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Barbier* (H.). — Article tuberculose : Soc. de Pédiatrie, 12 juin 1900. Formes larvées de Tuberculose. Soc. d'Etudes scientifiques pour la tuberculose, 1906. Rapport du Congrès de Budapest, 1909.
- Bergeron*. — Etude critique sur la présence du bacille de Koch dans le sang. Thèse de Paris, 1904.
- Bezançon*. — Recherches du bacille de Koch dans le sang par ensemencement sur milieux convenables.
- Belilas*. — Negative serumreaction in a case of thyphoid fever complicated with lungs tuberculosis. *Lancet*, Lond, 1900.
- Claisse* (Paul). — Typhobacillose : diagnostic, pronostic, indications, thérapeutiques. *La Clinique*, 20 mai 1910.
- Gougerot*. — Revue de Médecine, 1908 : reproduct. expérim. de la typho-bacillose. Diagnostic bactériologique de la typho-bacillose à la période d'état. *P. M.*, 22 août 1908. Thèse de Paris, 1908-1909. Bacilloses non folliculaires.
- Grandchamp*. — La Typhobacillose de Landouzy. Thèse de Paris, 1908.
- Hutinel*. — Typho-bacillose et adénopathie médiastine. *Revue de la Tuberculose*, février 1910.
- Jousset*. — La bacillémie tuberculeuse. *Semaine médicale*, sept. 1904.

Janbert.— Fièvre typhoïde et tuberculose. Thèse de Lyon, 1906.

Jeannel.— De la fièvre infectueuse aiguë tuberculeuse. Semaine médicale, 1888, p. 299. Thèse de Montpellier, 1887. Des fièvres tuberculeuses et leur traitement.

Landouzy.— Clinique de la Charité, 1885, 10^e leçon; Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques, 1885, p. 488; Gazette des Hôpitaux, 1886, n° 6; Semaine médicale, 1891, 3 juin; Congrès de la Tuberculose, 1891; Congrès de Washington, 1908;

Landouzy et Læderich.— Presse médicale, 1908, 29 juillet, sur une forme de septicémie tuberculeuse. La typho-bacillose. Presse médicale, 24 oct. 1908.

Lucas-Championnière (Paul).— Journal des Praticiens, 1885.

Mouriquand.— Recherche sur le diagnostic de la broncho-pneumonie tuberculeuse. Thèse de Lyon, 1906.

Pipet.— Tuberculose et fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1899-1900.

Prevel.— Typhoïde et tuberculose. Thèse de Paris, 1907-1908, n° 333.

Sainton.— Bacillose chez un enfant de trois ans. Revue de la Tuberculose, 1903.

Weill.— Localisations tardives de l'infection tuberculeuse aiguë chez l'enfant. P. M.

Vergnaud.— Tuberculose et fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 900-1901.

Yersin.— Etudes sur la tuberculose expérimentale. Annales de l'Institut Pasteur, 1888. Thèse de Paris, 1888.

